



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

VISTO:

El Oficio N° 052-2015-G.R.AMAZONAS-DRSA/HRVFCH/UNIDAD DE SEGUROS, de fecha 19 de junio de 2015, y:

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución Ministerial N° 1214-MINSA de fecha 15 de diciembre del 2004, se conformó un Comité Técnico de Tarifas, con la finalidad de diseñar e implementar las acciones necesarias para el desarrollo de una política Tarifaria en el Sector Salud, el que elaboró su respectivo Plan de Trabajo y fue aprobado con Resolución Viceministerial N° 075-2005-SA-DVM de fecha 11 de abril de 2005.

Que, a las acciones encomendadas, el referido Comité elaboró un documento técnico "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud", que fue aprobado con Resolución Ministerial N° 246-2006/MINSA de fecha 13 de marzo de 2006; con el objetivo de establecer el marco de referencia regulatorio para la definición de tarifas de servicio de salud.

Que, con Resolución Ministerial N° 706-2006/MINSA de fecha 13 de agosto de 2006, se aprueba los documentos técnicos "Glosario de Términos en el Marco de los Lineamientos de Política Tarifaria para la Gestión de los Servicios de Salud", "Guía Metodológica de Determinación de Costos de Servicios de Salud para el Sector Salud", y "Catálogo de Unidades Productoras de Servicios de los Establecimientos del Sector Salud" documentos que permiten respectivamente definir y aplicar correctamente los aspectos conceptuales de algunos términos en salud, que pueden generar algún vacío en su interpretación y así favorecer la implementación de los Lineamientos de la Política Tarifaria a nivel regional y nacional.

Que, dentro del proceso de implementación de los Lineamientos de Política Tarifaria y conforme a la normativa glosada, se ha establecido el Tarifario del Hospital Regional "Virgen de Fátima"-Chachapoyas, con enfoque de equidad en el acceso a los servicios de salud, correspondiendo su aprobación a través del acto administrativo correspondiente.

Que, con documento del visto la Jefe de la Unidad de Seguros solicita aprobación del Tarifario Actualizado del Hospital Regional "Virgen de Fátima"-Chachapoyas; solicitud que es menester aprobar con el acto administrativo correspondiente.

De conformidad con las facultades que confiere la RESOLUCIÓN EJECUTIVA REGIONAL N° 013-2015-GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/PR de fecha 01 de enero de 2015; contando con las visaciones del Director de Administración, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Asesor Legal Externo, Unidad de Economía, Unidad de Seguros, de la Unidad Ejecutora 402 - Hospital Regional "Virgen de Fátima"-Chachapoyas, respectivamente,



**RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015-
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCHE-DE**



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR EL TARIFARIO INSTITUCIONAL ACTUALIZADO 2015 del Hospital Regional "Virgen de Fátima"-Chachapoyas, el mismo que a continuación se detalla:

TARIFARIO ACTUALIZADO - 2015

HOSPITAL REGIONAL "VIRGEN DE FÁTIMA"-CHACHAPOYAS

1. SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA MÉDICA	10.00	
2	INTERCONSULTA MÉDICA	15.00	
3	ANOSCOPIA	75.00	95.00
4	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO CON VIDEO ENDOSCOPIO	140.00	160.00
5	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	100.00	150.00
6	ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA (COLONOSCOPIA)	220.00	240.00
7	ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA (COLONOSCOPIA IZQUIERDA)	200.00	220.00
8	EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS DE RECTO, CON ANOSCOPIO O PROCTOSCOPIO	80.00	100.00
9	LIGADURA DIRECTA DE VARICES ESOFÁGICAS CON VIDEO ENDOSCOPIO	150.00	200.00
10	PARACENTESIS ABDOMINAL	40.00	60.00
11	POLIPECTOMÍA	50.00	50.00
12	POLIPECTOMÍA ALTA CON VIDEO ENDOSCOPIO	150.00	170.00
13	POLIPECTOMÍA BAJA CON VIDEOENDOSCOPIO	170.00	190.00
14	PROCTOSCOPIA	100.00	120.00
15	SIGMOIDOSCOPIA	120.00	150.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCB-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

2. SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA MÉDICA	10.00	
2	INTERCONSULTA MÉDICA	15.00	
3	ELECTROCARDIOGRAMA	30.00	50.00
4	ECOCARDIOGRAFIA	150.00	250.00
5	RIESGO QUIRÚRGICO	40.00	50.00

3. SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA MÉDICA	10.00	
2	INTERCONSULTA MÉDICA	15.00	

4. SERVICIO DE MEDICINA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA MÉDICA GENERAL	8.00	
2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	10.00	
3	INTERCONSULTA MÉDICA	15.00	
4	ESPIROMETRÍA	20.00	30.00
5	PUNCIÓN LUMBAR	30.00	50.00
6	PARACENTESIS	40.00	60.00



**RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015-
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE**



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

5. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA MÉDICA	10.00	
2	INTERCONSULTA MÉDICA	15.00	
3	ENTREVISTA PSIQUIATRICA DE DIAGNÓSTICO	20.00	30.00
4	INFORME PSIQUIATRICO	50.00	55.00
5	PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	15.00	25.00
6	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	15.00	20.00
7	PSICOTERAPIA DE FAMILIA; SIN LA PRESENCIA DEL PACIENTE	20.00	30.00
8	PSICOTERAPIA DE FAMILIA (PSICOTERAPIA CONJUNTA); CON LA PRESENCIA DEL PACIENTE	25.00	35.00
9	PSICOTERAPIA DE GRUPO (DIFERENTE GRUPO MULTIFAMILIAR)	15.00	20.00
10	PSICOTERAPIA DE GRUPO MULTIFAMILIAR	15.00	20.00

6. SERVICIO DE PSICOLOGÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA PSICOLÓGICA	8.00	
2	INTERCONSULTA PSICOLÓGICA	10.00	
3	CERTIFICADO DE ATENCION PSICOLÓGICA	40.00	60.00
4	EVALUACION COGNITIVO CONDUCTUAL	10.00	15.00
5	EVALUACION PSICOLÓGICA (INCLUYE EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA, PSICOPATOLÓGICA, EMOCIONAL, INTELLECTUAL WAIS-R, Rorschach, MMPI)	20.00	30.00
6	PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL INDIVIDUAL	10.00	15.00
7	INFORME DE PSICOLOGICO	40.00	45.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCB-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

8	PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL GRUPAL	15.00	20.00
9	TERAPIA CONDUCTUAL CON NIÑOS Y ADOLESCENTES	10.00	15.00
10	TERAPIA DE JUEGO	10.00	15.00
12	TARAPIA DE RELAJACIÓN	10.00	15.00
13	TALLER DE HABILIDADES SOCIALES	20.00	30.00
14	TALLERES PARA OTRAS INSTITUCIONES	50.00	70.00

7. SERVICIO DE CIRUGÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA MÉDICA	10.00	
2	INTERCONSULTA MÉDICA	15.00	
3	APENDICECTOMÍA	300.00	350.00
4	APENDICECTOMÍA CON LAVADO PERITONEAL	350.00	400.00
5	APENDICECTOMÍA CON DRENAJE	400.00	450.00
6	APENDICECTOMÍA POR LAPARATOMÍA	500.00	550.00
7	CIERRE DE COLOSTOMÍA	420.00	440.00
8	CIRCUNCISIÓN	150.00	200.00
9	COLOSTOMÍA O CECOSTOMÍA CON EXTERIORIZACIÓN A LA PIEL	400.00	420.00
10	COLORRAFIA POR ÚLCERA PERFORADA, DIVERTICULO, HERIDA, LESION O RUPTURA	350.00	370.00
11	COLECISTECTOMÍA	380.00	400.00
12	COLECISTECTOMÍA CON COLANGIOGRAFÍA	450.00	550.00
13	COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	550.00	700.00
14	COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA CON COLANGIOGRAFIA	600.00	800.00
15	CURA QUIRÚRGICA CUALQUIER PARTE	225.00	250.00
16	CURACIÓN GRANDE (MAS DE 10CM)	15.00	20.00
17	CURACIÓN MEDIANA (DE 5 A 10CM)	10.00	15.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

18	CURACIÓN PEQUEÑA (MENOR DE 5CM)	5.00	10.00
19	DEBRIDAMIENTO DE ECCEMA O INFECCIÓN DE LA PIEL	30.00	40.00
20	DEBRIDAMIENTO DE ÚLCERA DE CUBITO SIN EXCISIÓN	30.00	40.00
21	DEBRIDAMIENTO Y/O LIMPIEZA QUIRÚRGICA DE QUEMADURAS BAJO ANESTESIA	100.00	120.00
22	DRENAJE DE ABSCESO CON ANESTESIA	180.00	200.00
23	EXTIRPACIÓN DE IMPACTACIÓN FECAL O CUERPO EXTRAÑO BAJO ANESTESIA	130.00	150.00
24	ENTERÓLISIS (LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS INTESTINALES)	380.00	400.00
25	ENTEROTOMÍA, INTESTINO DIFERENTE A DUODENO	380.00	400.00
26	ENTERORRAFIA POR ÚLCERA PERFORADA, DIVERTICULO, HERIDA, LESIÓN O RUPTURA	350.00	370.00
27	ESCARECTOMÍA	150.00	170.00
28	ESCARATOMÍA	150.00	170.00
29	EXCISIÓN DE DIVERTICULO DE MECKEL (DIVERTICULOTOMÍA)	370.00	390.00
30	EXCISIÓN DE PROLAPSO RECTAL CON ANASTOMOSIS, ABORDAJE PERINEAL	250.00	270.00
31	EXCISIÓN DE TUMOR RECTAL MEDIANTE PROCTOCTOMÍA	230.00	250.00
32	EXCISIÓN DE ÚLCERA DE CUBITO	280.00	300.00
33	EXTRACCIÓN DE UÑA	20.00	25.00
34	EVENTROPLASTÍA	280.00	300.00
35	FLEBOTOMÍA	70.00	80.00
36	INJERTO DE PIEL PEDICULADO	360.00	380.00
37	INCISION DE HEMORROIDE TROMBOSADA EXTERNA	180.00	220.00
38	HEMORROIDECTOMÍA	350.00	400.00
39	HERNIOTOMÍA	100.00	150.00
40	HERNIOPLASTÍA	250.00	300.00
41	HERNIORRAFIA INGUINAL INCARCERADA O ESTRANGULADA	250.00	300.00
42	LAPARATOMÍA EXPLORATORIA	300.00	350.00
43	LAPARASCOPIA EXPLORATORIA	350.00	400.00
44	NEUMOTÓRAX, TERAPÉUTICO, INYECCIÓN INTRAPLEURAL DE AIRE	50.00	60.00



**RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015-
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE**



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

45	RESECCIÓN COLÓNICA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA	650.00	1000.00
46	RESECCIÓN INTESTINAL CON ANASTOMOSIS POR LAPAROSCOPIA	650.00	1000.00
47	RETIRO DE PUNTOS (COSTO POR PUNTO)	2.00	3.00
48	SUTURA SECUNDARIA DE PARED ABDOMINAL POR EVISCERACIÓN O DEHISCENCIA	300.00	400.00
49	SUTURA DE HERIDAS POR PUNTO	3.00	5.00
50	VENDAJE ARTICULAR	8.00	10.00
51	YEYUNOSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	360.00	380.00
52	TORACOCENTESIS	45.00	50.00

8. SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA MÉDICA	10.00	
2	INTERCONSULTA MÉDICA	15.00	
3	AMPUTACIÓN A NIVEL DE BRAZO A TRAVÉS DEL HÚMERO	300.00	320.00
4	AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO A TRAVÉS DE RADIO Y CÚBITO	250.00	300.00
5	AMPUTACIÓN A NIVEL DE MANO	150.00	200.00
6	AMPUTACIÓN A NIVEL DE DEDOS DE LA MANO	120.00	140.00
7	AMPUTACIÓN A NIVEL DE MUSLO (SUPRACONDILEA)	250.00	300.00
8	AMPUTACIÓN A NIVEL DE TIBIA Y PERONÉ (INFRACONDILEA)	200.00	250.00
9	AMPUTACIÓN DE PIE	180.00	200.00
10	AMPUTACIÓN DE DEDO	120.00	140.00
11	APLICACIÓN DE CORSÉ DE YESO	30.00	40.00
12	ENYESADO "EN FIGURA DE OCHO"	45.00	55.0
13	APLICACIÓN DE YESO CORPORAL DE HOMBRO HASTA CADERA	70.00	80.00
14	APLICACIÓN DE YESO VELPEAU	50.00	60.00
15	APLICACIÓN DE YESO DE HOMBRO A MANO	50.00	60.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

16	APLICACIÓN DE YESO CORTO DE BRAZO (CODO A DEDO)	40.00	50.00
17	APLICACIÓN DE YESO DE MANO A ANTEBRAZO BAJO O TIPO GUANTE	30.00	40.00
18	APLICACIÓN DE YESO EN ESPIGA DE CADERA	60.00	80.00
19	APLICACIÓN DE YESO LARGO PARA PIERNA DE MUSLO A TOBILLO O DEDOS	50.00	60.00
20	APLICACIÓN DE YESO CORTO PARA PIERNA (RODILLA A PIE)	40.00	50.00
21	APLICACIÓN DE YESO ROTULIANO CON SOPORTE PARA TENDÓN	30.00	40.00
22	APLICACIÓN DE FÉRULA CORTA PARA BRAZO O PIERNA	15.00	25.00
23	APLICACIÓN DE FÉRULA LARGA PARA BRAZO O PIERNA	20.00	30.00
24	APLICACIÓN DE FÉRULA DIGITAL	5.00	10.00
25	APLICACIÓN DE VENDAJE HEMICUERPO SUPERIOR (INCLUYE TÓRAX, ESPALDA BAJA, HOMBRO, CODO, MUÑECA, MANO)	25.00	30.00
26	APLICACIÓN DE VENDAJE, HEMICUERPO INFERIOR (INCLUYE CADERA, RODILLA, TOBILLO, DEDOS DE LOS PIES, BOTA DE UÑA)	25.00	30.00
27	ARTROCENESIS Y/O INFILTRACIÓN	35.00	45.00
28	ARTRODESIS DE HOMBRO	350.00	370.00
29	ARTRODESIS DE MUÑECA	250.00	270.00
30	ARTRODESIS DE CADERA	550.00	600.00
31	ARTRODESIS DE RODILLA	200.00	220.00
32	ARTRODESIS DE TOBILLO	180.00	200.00
33	ARTROTOMÍA DE TOBILLO	210.00	230.00
34	ARTROPLASTÍA DE MUÑECA	250.00	300.00
35	ARTROPLASTÍA DE RODILLA	250.00	300.00
36	ARTROPLASTÍA DE TOBILLO	250.00	300.00
37	CORRECCIÓN DE TENDÓN DE AQUILES	220.00	240.00
38	COLGAJO DE PIEL O TEJIDOS PROFUNDOS	250.00	300.00
39	FASCIOTOMÍA (CUALQUIER PARTE DEL CUERPO)	325.00	350.00
40	INJERTO DE PIEL	360.00	380.00
41	INFILTRACIONES ARTICULARES	30.00	40.00
42	OSTEOPLASTÍA DE CUBITO Y RADIO	300.00	320.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

43	OSTEOPLASTÍA DE FEMUR ACORTAMIENTO	200.00	250.00
44	OSTEOPLASTÍA DE FEMUR ALARGAMIENTO	300.00	350.00
45	OSTEOTOMÍA DE CUBITO Y RADIO	280.00	300.00
46	OSTEOTOMÍA DE FEMUR	220.00	240.00
47	OSTEOTOMÍA DE TIBIA	200.00	220.00
48	OSTEOSÍNTESIS (REDUCCIÓN CRUENTA) CUALQUIER FRACTURA	600.00	650.00
49	REMOCIÓN IMPLANTE PROFUNDO (ALAMBRE INTRAÓSEO, CLAVIJA, TORNILLO, BANDA METALICA, CLAVO, VARILLA, PLACA)	200.00	220.00
50	REMOCIÓN BAJO ANESTESIA DEL SISTEMA DE FIJACIÓN EXTERNA	220.00	240.00
51	REMOCIÓN DE YESO	5.00	10.00
52	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE CLAVICULA, LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR, ACROMIO CLAVICULAR	200.00	220.00
53	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA ESCAPULAR	250.00	270.00
54	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL	270.00	290.00
55	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE LUXACIÓN DE HOMBRO	280.00	300.00
56	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA HUMERAL DIAFISIARIA	300.00	320.00
57	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DIAFISIS DE RADIO Y CÚBITO	180.00	200.00
58	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA METACARPIANA, FALANGES	160.00	180.00
59	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA PÉLVICA Y/O LUXACIÓN	300.00	320.00
60	TRATAMIENTO DE LUXACIÓN DE CADERA	400.00	430.00
61	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA COXÍGEA	260.00	280.00
62	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE FÉMUR	300.00	320.00
63	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA ROTULIANA O LUXACIÓN DE RODILLA	150.00	170.00
64	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ	220.00	230.00
65	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE TOBILLO	350.00	370.00
66	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE HUESOS TARSIANOS	160.00	180.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

9. SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA MÉDICA	10.00	
2	INTERCONSULTA MÉDICA	15.00	
3	DRENAJE O ABSCESO DE HEMATOMA DE OÍDO EXTERNO	40.00	50.00
4	DRENAJE O ABSCESO DE PALADAR O ÚVULA	40.00	50.00
5	DRENAJE DE ABCESO DE HEMATOMA NASAL	40.00	50.00
6	CAUTERIZACIÓN Y/O TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	50.00	60.00
7	CAUTERIZACIÓN Y/O TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR	60.00	70.00
8	EXCISIÓN DE PÓLIPOS NAALES, SIMPLE	100.00	120.00
9	EXCISIÓN DE PÓLIPO AUDITIVO	100.00	120.00
10	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA FARINJE	40.00	50.00
11	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	20.00	30.00
12	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRANASAL	30.00	40.00
13	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRANASAL CON ANESTESIA GENERAL	150.00	200.00
14	INCISIÓN DE FRENILLO LABIAL	100.00	120.00
15	INYECCIÓN DENTRO DEL CORNETE NASAL, TERAPÉUTICA	5.00	10.00
16	INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL	30.00	40.00
17	LARINGOSCOPIA INDIRECTA, DIAGNOSTICO O TERAPÉUTICA	50.00	60.00
18	LARINGOSCOPIA DIRECTA	55.00	65.00
19	LAVADO DE OÍDO (POR CADA UNO)	10.00	15.00
20	REDUCCIÓN DE FRACTURA NASAL (ABIERTA)	120.00	130.00
21	REDUCCIÓN DE FRACTURA NASAL (CERRADA)	60.00	70.00



**RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015-
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCB-DE**



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

22	COLOCACIÓN DE YESO EN LA NARIZ	20.00	30.00
23	RETIRO DE YESO NASAL	10.00	15.00

10. SERVICIO DE PEDIATRÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA MÉDICA	10.00	
2	INTERCONSULTA MÉDICA	15.00	
3	ATENCIÓN INMEDIATA DEL RN	50.00	60.00
4	EXANGUINOTRANSFUCIÓN NEONATAL	90.00	100.00
5	CATETERIZACIÓN DE VENA O ARTERIA UMBILICAL EN RN	50.00	60.00
6	FOTOTERAPIA (SESIÓN POR DÍA)	30.00	50.00
7	NEBULIZACIÓN (COSTO POR CADA NEBULIZACIÓN)	5.00	8.00
8	PUNCIÓN LUMBAR PEDIÁTRICA	30.00	50.00

11. SERVICIO DE OBSTETRICIA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA OBSTÉTRICA	8.00	
2	ATENCIÓN OBSTÉTRICA INCLUYENDO ATENCIÓN PREPARTO, PARTO VAGINAL Y ATENCIÓN POST PARTO.	300.00	350.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

12. SERVICIO DE GINECOLOGÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA MÉDICA	10.00	
2	INTERCONSULTA MÉDICA	15.00	
3	ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)	100.00	120.00
4	PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE QUISTE MAMA	50.00	70.00
5	CAUTERIZACIÓN DEL CÉRVIX	60.00	80.00
6	CERCLAJE	250.00	500.00
7	CESÁREA	500.00	700.00
8	CONIZACIÓN DEL CÉRVIX (CONO LEEP)	250.00	200.00
9	COLPORRAFIA ANTERIOR	200.00	220.00
10	COLPORRAFIA POSTERIOR	180.00	200.00
11	COLPORRAFIA ANTEROPOSTERIOR	250.00	300.00
12	COLPOSCOPIA	100.00	120.00
13	CRIOTERAPIA	100.00	120.00
14	EPISIOTOMÍA	40.00	60.00
15	EXCISIÓN DE QUISTE DE BARTHOLINO	200.00	220.00
16	EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA	100.00	150.00
16	HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL C/S SALPINGOFORECTOMÍA	500.00	550.00
17	HISTERECTOMÍA ABDOMINAL SUPRACERVICAL	450.00	500.00
18	HISTERECTOMÍA VAGINAL	600.00	900.00
19	HISTERECTOMÍA VAGINAL RADICAL (SCHAUTA)	800.00	1000.00
20	INSPECCIÓN VISUAL CON ACIDO ACETICO	20.00	30.00



**RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015-
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE**



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

21	LEGRADO ENDOCERVICAL	150.00	200.00
22	LEGRADO POST PARTO	150.00	200.00
23	LEGRADO UTERINO	150.00	200.00
24	LIGADURA O SECCIÓN DE TROMPAS DE FALOPPIO	180.00	200.00
25	PAPANICOLAU	30.00	40.00
26	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE DESGARRO VAGINAL SIMPLE (I-III GRADO)	100.00	120.00
27	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE DESGARRO VAGINAL (IV C/S DESGARRO CERVICAL)	200.00	250.00
28	SALPINGECTOMÍA COMPLETA O PARCIAL, UNILATERAL O BILATERAL	300.00	350.00
29	SALPINGOFORECTOMIA COMPLETA O PARCIAL, UNILATERAL O BILATERAL	350.00	400.00
30	TEST DE ESTRÉS FETAL	30.00	35.00
31	TEST NO ESTRESANTE	20.00	25.00
32	VASECTOMÍA	200.00	300.00

13. SERVICIO SOCIAL

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	EVALUACIÓN SOCIAL	10.00	20.00
2	INFORME SOCIAL	30.00	50.00

14. SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	8.00	
2	INTERCONSULTA ODONTOLÓGICA	10.00	
3	APLICACIÓN DE SELLANTE POR PIEZA DENTARIA	20.00	25.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

4	CIRUGÍA BUCAL	50.00	70.00
5	CURACIÓN CON AMALGAMA	15.00	20.00
6	CURACIÓN CON RESINA	25.00	35.00
7	DESTARTRAJE	12.00	15.00
8	EXÁMEN ODONTOLÓGICO	10.00	15.00
9	ENDODONCIA ANTERIOR	60.00	70.00
10	ENDODONCIA POSTERIOR	80.00	90.00
11	EXODONCIA X DIENTE	20.00	25.00
12	EXTRACCIÓN DE PUNTOS (COSTO POR PUNTO)	1.00	2.00
13	FISIOTERAPIA ODONDOLÓGICA	15.00	25.00
14	FLUORIZACIÓN TÓPICA	25.00	30.00
15	INACTIVACIÓN DE CARIES CON IONÓMERO DE VIDRIO	25.00	30.00
16	PROFILAXIS DENTAL POR CUADRANTE	25.00	35.00
17	PULPECTOMÍA	50.00	55.00
18	PULPOTOMÍA	40.00	45.00
19	SUTURA POR PUNTO	2.00	3.00
20	RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO	15.00	20.00
21	RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO	20.00	25.00
22	RESTAURACIÓN DE DIENTE CON AMALGAMA X DIENTE	25.00	30.00
23	RESTAURACIÓN DE DIENTE CON RESINA X DIENTE	30.00	35.00
24	RADIOGRAFÍA DENTAL	20.00	30.00

15. SERVICIO DE UCI

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	ANÁLISIS DE GASES ARTERIALES	80.00	100.00



**RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015-
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCB-DE**



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

2	ASPIRACIÓN DE SECRECIONES	20.00	30.00
3	BOMBA DE INFUSIÓN POR DÍA	50.00	60.00
4	COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC)	80.00	100.00
5	PUNCIÓN ARTERIAL, EXTRACCIÓN DE SANGRE PARA DIAGNÓSTICO	8.00	10.00
6	TRANSFUSIÓN DE SANGRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS	60.00	70.00
7	VENTILACIÓN MECÁNICA POR DÍA	100.00	120.00

16. SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA ANESTESIOLÓGICA-EVALUACIÓN PREANESTÉSICA	20.00	50.00
2	ANESTESIA ENDOVENOSA	80.00	100.00
3	ANESTESIA EPIDURAL	100.00	120.00
4	ANESTESIA GENERAL	120.00	140.00
4	BLOQUEO DE NERVIOS TRIGÉMINOS	150.00	250.00
5	DERECHO DE SALA DE OPERACIONES	150.00	250.00
6	SERVICIO DE SALA DE RECUPERACIÓN	80.00	100.00

17. SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	HOSPITALIZACIÓN POR DÍA	20.00	30.00
2	HOSPITALIZACIÓN EN CUIDADOS INTERMEDIOS EN NEONATOLOGÍA	60.00	80.00
3	HOSPITALIZACIÓN CON USO DE INCUBADORA POR DÍA EN NEONATOLOGÍA	80.00	100.00



**RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015-
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCB-DE**



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

4	HOSPITALIZACIÓN EN CUIDADOS INTERMEDIOS EN UCI POR DÍA	80.00	100.00
5	HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR DÍA	100.00	120.00
6	CONSUMO DE OXIGENO X LITRO	0.03	0.05

18. SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA MÉDICA	10.00	
2	INTERCONSULTA MÉDICA	15.00	
3	CIRUGÍA DE CATARATA	300.00	400.00
4	CIRUGÍA DE CHALACION	200.00	300.00
5	CIRUGÍA DE PTERIGION	200.00	300.00
6	CURACIÓN OFTALMOLÓGICA	10.00	15.00
7	ENUCLEACIÓN DE GLOBO OCULAR	200.00	300.00
8	EXÉRESIS DE TUMORES DE PÁRPADOS	150.00	200.00
9	EXÁMEN DE FONDO DE OJO	15.00	20.00
10	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	15.00	20.00
11	TAMIZAJE DE AGUDEZA VISUAL	10.00	20.00

19. SERVICIO DE EMERGENCIA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	CONSULTA MÉDICA DE EMERGENCIA	8.00	
2	INTERCONSULTA MÉDICA - TODAS LAS ESPECIALIDADES	15.00	
2	ATENCIÓN DE EMERGENCIA CON SALA DE OBSERVACIÓN POR 12 HORAS A 24 HORAS	20.00	30.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCB-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

3	ATENCIÓN DE EMERGENCIA CON SALA DE OBSERVACIÓN MENOR DE 12 HORAS	10.00	20.00
5	LAVADO GÁSTRICO	50.00	60.00

20. SERVICIO DE ENFERMERÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA	10.00	15.00
2	COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL	20.00	25.00
3	COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY	20.00	25.00
4	COLOCACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA (VENOCLISIS)	50.00	10.00
5	COLOCACIÓN DE ENEMA	10.00	15.00
6	CURACIÓN DE HERIDA PEQUEÑA MENOR A 5 CM	10.00	15.00
7	CURACIÓN DE HERIDA MEDIANA DE 5 - 10 CM	15.00	20.00
8	CURACIÓN DE HERIDA GRANDE MAYOR A 10 CM	20.00	25.00
9	INYECCIÓN INTRADÉRMICA	2.00	3.00
10	INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	2.00	3.00
11	INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	2.00	3.00
12	INYECCIÓN INTRAVENOSA	3.00	4.00
13	NEBULIZACIÓN (COSTO POR UNA NEBULIZACIÓN)	5.00	8.00
14	OXIGENOTERAPIA (POR LITRO DE O2)	0.03	0.05
15	PRUEBA DE SENSIBILIDAD	5.00	6.00

21. SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
-------------	---------------	--------------------------------	----------------------------------



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCB-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

1	CONSULTA MÉDICA DE REHABILITACIÓN	10.00	
2	INTERCONSULTA DE REHABILITACIÓN	15.00	
3	COMPRESAS HÚMEDAS CALIENTES	8.00	15.00
4	CORRIENTE ANALGÉSICA	8.00	15.00
5	ELECTRO ESTIMULACIÓN	8.00	15.00
6	HIDROTERAPIA MIEMBROS SUPERIORES	15.00	30.00
7	HIDROTERAPIA MIEMBROS INFERIORES	20.00	40.00
8	HIDROTERAPIA CUERPO COMPLETO	25.00	50.00
9	MASOTERAPIA	8.00	15.00
10	MECANOTERAPIA	8.00	15.00
11	PSICOMOTRICIDAD	8.00	15.00
12	TERAPIA DE APRENDIZAJE	8.00	15.00
13	TERAPIA DE LENGUAJE	8.00	15.00
14	TERAPIA KINÉSICA	8.00	15.00
15	TERAPIA OCUPACIONAL	8.00	15.00
16	TEST ARTICULAR	8.00	15.00
17	TEST DE ACTIVIDAD DE LA VIDA REAL	8.00	15.00
18	TEST DE PSICOMOTRICIDAD	8.00	15.00
19	TEST MILANI	8.00	15.00
20	TEST MUSCULAR	8.00	15.00
21	TEST MUSCULAR FUNCIONAL	8.00	15.00
22	TEST ORTOFÓNICO	8.00	15.00
23	TRACCIÓN	8.00	15.00
24	ULTRASONIDO	8.00	15.00
25	ENTRENAMIENTO PARA EL MANEJO Y PROPULSIÓN DE SILLA DE RUEDAS	8.00	15.00



**RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015-
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCB-DE**



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

22. SERVICIO DE TRANSPORTE (AMBULANCIA)

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)
1	TRANSPORTE CHACHAPOYAS-TARAPOTO	2500.00
2	TRANSPORTE CHACHAPOYAS-CHICLAYO	2500.00
3	TRANSPORTE CHACHAPOYAS-TRUJILLO	3000.00
4	TRANSPORTE CHACHAPOYAS-LIMA	4500.00
5	TRANSPORTE POR HORA (FUERA DE LA CIUDAD)	50.00
5	TRANSPORTE LOCAL (DENTRO DE LA CIUDAD)	20.00

23. SERVICIO DE LABORATORIO

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	ACIDO ÚRICO	15.00	28.00
2	AGLUTINACIONES	20.00	30.00
3	AMILASA SÉRICA	18.00	30.00
4	ANTI CORE HEPATITIS B	40.00	60.00
5	ANTI ESTREPTOLISINA O (ASO)	20.00	30.00
6	ANTÍGENO HEPATITIS B	40.00	60.00
7	ANTÍGENO HEPATITIS C	40.00	60.00
8	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	40.00	60.00
9	ALBUMINA EN LIQUIDO ASCITICO	40.00	50.00
10	CULQTIIVO DE LIQUIDO ASCITICO	30.00	40.00
11	BILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADA	20.00	30.00
12	CALCIO ORINA	20.00	30.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCB-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

13	CALCIO SÉRICO	20.00	30.00
14	CÉLULAS L. E.	30.00	40.00
15	CHACAS	40.00	60.00
16	COLESTEROL HDL	15.00	30.00
17	COLESTEROL LDL	15.00	30.00
18	COLESTEROL TOTAL	15.00	30.00
19	COLORACIÓN GRAM	10.00	20.00
20	COPROCULTIVO	50.00	60.00
21	COPROLÓGICO FUNCIONAL	30.00	50.00
22	CREATININA SÉRICA	15.00	30.00
23	CULTIVO DE HONGOS	40.00	60.00
24	CULTIVO DE SECRESIÓN FARÍNGEA	40.00	60.00
25	CULTIVO DE SECRESIÓN ÓTICA	40.00	60.00
26	CULTIVO DE SECRESIÓN URETRAL	40.00	60.00
27	DEPURACIÓN DE CREATININA	30.00	50.00
28	EXÁMEN COMPLETO DE ORINA	12.00	20.00
29	EXÁMEN DE TORCH	80.00	100.00
30	ESTUDIO DE ORINA EN 24 HORAS (PROTEINURIA)	60.00	70.00
31	FACTOR REUMATOIDEO	20.00	30.00
32	FOSFATASA ALCALINA	15.00	30.00
33	GLUCO TEST	6.00	10.00
34	GLUCOSA EN SANGRE	15.00	30.00
35	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH	10.00	15.00
36	HEMATOCRITO	5.00	10.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

37	HEMOCULTIVO	50.00	60.00
38	HEMOGLOBINA	5.00	10.00
39	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	60.00	90.00
40	HEMOGRAMA	15.00	25.00
41	HEMOGRAMA COMPLETO	20.00	30.00
42	HIV	40.00	60.00
43	HTLV-I	40.00	60.00
44	HTLV-II	40.00	60.00
45	LAMINA PERIFÉRICA	10.00	15.00
46	LIPASA SÉRICA	20.00	30.00
47	LÍQUIDO ASCÍTICO	50.00	80.00
48	LÍQUIDO CEFALO RAQUÍDEO (LCR)	50.00	80.00
49	LÍQUIDO SINOVIAL	50.00	80.00
50	PARASITOLÓGICO SERIADO	15.00	30.00
51	PARASITOLÓGICO SIMPLE	5.00	10.00
52	PERFIL DE COAGULACIÓN	40.00	60.00
53	PERFIL HEPÁTICO (TGO-TGP-BILIRRUB-FOSF.ALC. -PROT.)	80.00	120.00
54	PERFIL LIPÍDICO (COLEST. TOTAL-LDH-HDL-TRIGLIC.)	60.00	120.00
55	PLAQUETAS	10.00	20.00
56	PREGNOSTICÓN EN ORINA	15.00	30.00
57	PROTEINURIA	30.00	
58	PROTEINA C REACTIVA	20.00	30.00
59	PROTEÍNAS TOTALES Y FRACCIONADAS	20.00	30.00
60	PRUEBA CRUZADA	20.00	30.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCB-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

61	PRUEBAS PRE TRANSFUSIONALES	300.00	350.00
62	REACCIÓN DE BENEDIC	10.00	15.00
63	REACCIÓN DETHEVENON	10.00	15.00
64	REACCIÓN INFLAMATORIA	10.00	15.00
65	RECuento DE RETICULOCITOS	10.00	15.00
66	RPR	15.00	20.00
67	SEDIMENTO URINARIO	15.00	20.00
68	SECRESIÓN URETRAL	15.00	30.00
69	SECRESIÓN VAGINAL	15.00	30.00
70	TAMIZAJE NEONATAL	30.00	40.00
71	TEST DE EMBARAZO EN ORINA	20.00	30.00
72	TEST DE ADA	40.00	70.00
73	TEST DE COOMBS DIRECTO	20.00	30.00
74	TEST DE COOMBS INDIRECTO	20.00	30.00
75	TEST DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA	60.00	80.00
76	TGO	15.00	30.00
77	TGP	15.00	30.00
78	TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRÍA	10.00	15.00
79	TIEMPO DE PROTROMBINA	40.00	50.00
80	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTPA)	45.00	55.00
81	TRIGLICÉRIDOS	15.00	30.00
82	UREA	15.00	25.00
83	UROCULTIVO	40.00	60.00
84	VDRL	20.00	40.00



**RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015-
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCB-DE**



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

85	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR (VSG)	10.00	15.00
----	---	-------	-------

24. SERVICIO DE RADIOLOGÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	ABDOMEN COMPLETO	50	70
2	ABDOMEN SIMPLE	40	50
3	ANTEBRAZO	40	50
4	ARTERIOGRAFÍA	90	130
5	CADERA	40	50
6	CADERAS	50	80
7	CAVUM	30..	50
8	CISTOGRAFIA	40	60
9	CLAVÍCULA	30	40
10	CLAVÍCULA (COMPARATIVO)	40	50
11	CODO	30	40
12	COLANGIOGRAFÍA	50	70
13	COLECISTO COLANGIOGRAFÍA	50	70
14	COLECISTOGRAFÍA	50	70
15	COLON A DOBLE CONTRASTE	200	250
16	COLON CON ENEMA BARITADO	100	140
17	COLUMNA CERVICAL	40	40
18	COLUMNA CERVICAL FUNCIONAL	50	70
19	COLUMNA DORSAL	30	50
20	COLUMNA DORSOLUMBAR	40	60
21	COLUMNA LUMBO SACRA	50	70
22	COLUMNA LUMBO SACRA FUNCIONAL	60	80
23	COLUMNA VERTEBRAL	40	60
24	COLUMNA SACRO COXÍGEA	40	60
25	COLANGIOGRAFÍA	100	120



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCHE-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

26	CRÁNEO	40	60
27	ESÓFAGO	50	70
28	ESTÓMAGO Y DUODENO	70	90
29	ESTERNÓN	30	50
30	ESCÁPULA	30	40
31	FÉMUR	40	60
32	FÉMUR (COMPARATIVO)	60	80
33	FISTULOGRAFÍA	70	90
34	FOTO RHOETGEN	10	20
35	HISTEROSALPINGOGRAFÍA	100	150
36	HOMBRO	40	60
37	HOMBRO (COMPRATIVO AP)	50	70
38	HUESOS PROPIOS DE LA CARA	40	60
39	HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ	40	60
40	HÚMERO	40	60
41	MANO	30	40
42	MANO COMPARATIVO	40	60
43	MANDÍBULA	40	60
44	MASTOIDES	40	60
45	MUÑECA	30	50
46	MUÑECA COMPARATIVO	40	60
47	PARRILLA COSTAL	40	60
48	PELVIS OSEA	40	60
49	PIE	30	50
50	PIE (COMPARATIVO)	40	60
51	PIERNA	30	50
52	PIERNA (COMPARATIVA)	40	60
53	RODILLA	30	50
54	RODILLA (COMPARATIVO)	40	60
55	SENOS PARANASALES	30	50
56	SILLA TURCA	30	50
57	TELERADIOGRAFÍA CORAZÓN Y GRAND. VASOS (ADULTO)	70	90



**RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015-
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE**



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

58	TELERADIOGRAFÍA CORAZÓN Y GRAND. VASOS (NIÑO)	35	45
59	TOBILLO	30	50
60	TOBILLO (COMPARATIVO)	40	60
61	TÓRAX ADULTO (UNA PLACA)	40	60
62	TÓRAX ADULTO (DOS PLACAS)	50	70
63	TÓRAX NIÑO (DOS PLACAS)	40	60
64	TÓRAX NIÑO (UNA PLACA)	20	30
65	TRÁNSITO INTESTINAL	200	340
66	UROGRAFÍA EXCRETORIA	100	230

25. SERVICIO DE TOMOGRAFÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	TOMOGRAFÍA CEREBRAL CON CONTRASTE	400.00	450.00
2	TOMOGRAFÍA CEREBRAL SIN CONTRASTE	350.00	400.00
3	TOMOGRAFÍA DE CUELLO CON CONTRASTE	350.00	400.00
4	TOMOGRAFÍA DE CUELLO SIN CONTRASTE	300.00	350.00
5	TOMOGRAFÍA DE TORAX CON CONTRASTE	450.00	500.00
6	TOMOGRAFÍA DE TORAX SIN CONTRASTE	400.00	450.00
7	TOMOGRAFÍA DE ABDOMEN CON CONTRASTE	500.00	550.00
8	TOMOGRAFÍA DE ABDOMEN SIN CONTRASTE	400.00	450.00
9	TOMOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL CON CONTRASTE	500.00	550.00
10	TOMOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL CON CONTRASTE	400.00	450.00
11	TOMOGRAFÍA DE EXTREMIDADES SUPERIORES CON CONTRASTE	350.00	400.00
12	TOMOGRAFÍA DE EXTREMIDADES SUPERIORES SIN CONTRASTE	300.00	350.00
13	TOMOGRAFÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES CON CONTRASTE	350.00	400.00
14	TOMOGRAFÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES CON CONTRASTE	300.00	350.00
15	TOMOGRAFÍA DE PELVIS CON CONTRASTE	450.00	500.00



**RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015-
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE**



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

16	TOMOGRAFÍA DE PELVIS SIN CONTRASTE	400.00	450.00
17	UROTEM	500.00	600.00

26. SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)
1	BIOPSIA PEQUEÑA (MENOR A 02 CM) X FRASCO	50.00
2	BIOPSIA MEDIANA (DE 02 - 05 CM) X FRASCO	100.00
3	BIOPSIA GRANDE (MAYOR A 05 CM) X FRASCO	150.00

27. SERVICIO DE MAMOGRAFÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	MAMOGRAFÍA UNILATERAL	60.00	80.00
2	MAMIGRAFÍA BILATERAL	80.00	100.00

28. SERVICIO DE ECOGRAFÍA

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)	COSTO POR CLÍNICA (NUEVOS SOLES)
1	ECOGRAFÍA ABDOMINAL SUPERIOR	40.00	60.00
2	ECOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL	50.00	70.00
3	ECOGRAFÍA MAMARIA	60.00	80.00
4	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA	40.00	60.00
5	ECOGRAFÍA PÉLVICA	40.00	60.00
6	ECOGRAFÍA PROSTÁTICA	40.00	60.00
7	ECOGRAFÍA RENAL	40.00	60.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

8	ECOGRAFÍA VESICAL	30.00	40.00
9	ECOGRAFÍA VESICO RENOPROSTÁTICO	60.00	70.00
10	ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL	50.00	60.00
11	ECOGRAFÍAS PARTES BLANDAS	60.00	70.00
12	ECOGRAFÍA FETAL DOPPLER	80.00	90.00
13	ECOGRAFÍA TRANSFONTANELAR	50.00	80.00
14	ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR HEPÁTICO	60.00	80.00
15	ECOCARDIOGRAFÍA FETAL	150.00	180.00
16	DOPPLER COLOR V.C.I/ANASTOMOSIS	60.00	80.00
17	ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR TESTICULAR	60.00	80.00
18	DOPPLER COLOR PENEANO (DISF.ERECT)	60.00	80.00
19	DOPPLER COLOR VENOSO MM SS O MM II (POR LADO)	90.00	120.00
20	DOPPLER COLOR ARTERIAL MM SS o MMII (POR LADO)	90.00	120.00
21	DOPPLER CAROTIDIAS/VERTEBRALES (POR LADO)	90.00	120.00
22	DLOPPER TRONCOS SUPRAAÓRTICOS(POR LADO)	90.00	120.00
23	DOPPLER DE PARTES BLANDAS	60.00	80.00
24	ECOGRAFÍA TIROIDES	60.00	80.00
24	ECOGRAFÍA DOPPLER MAMAS	60.00	80.00

29. ADMINISTRACION

N° DE ORDEN	PROCEDIMIENTO	COSTO ORDINARIO (NUEVOS SOLES)
1	APERTERTURA DE HISTORIA CLÍNICA 1RA VEZ	5.00



RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

2	ALQUILER DE AUDITÓRIUM (POR DÍA)	50.00
3	ALQUILER DE DATA SHOW (POR HORA)	10.00
4	ALQUILER DE CISTERNA (POR HORA)	50.00
5	ALQUILER DE MOTOBOMBA (POR DÍA)	30.00
6	ALQUILER DE TRACTOR ORUGA CON PALA FRONTAL DE DOS BRAZOS HIDRAULICOS X HORA MAQUINA SECA SIN OPERARIO	150.00
7	ALQUILER DE TRACTOR ORUGA CON PALA FRONTAL DE DOS BRAZOS HIDRAULICOS X HORA MAQUINA SECA CON OPERARIO	260.00
8	ALQUILER DE MARTILLO PERCUTOR X HORA	50.00
9	ALQUILER DE CORTADOR DE CONCRETO X HORA	50.00
10	ANULACIÓN DE CHEQUE	10.00
11	AUSPICIO DE CURSO	150.00
12	CARNET SANITARIO	30.00
13	CERTIFICADO MÉDICO DE BUENA SALUD (LLENADO)	30.00
14	CERTIFICADO MÉDICO POR ENFERMEDAD (LLENADO)	30.00
15	CERTIFICADO DE SALUD MENTAL (LLENADO)	50.00
16	CONSTANCIA DE HOSPITALIZACIÓN	30.00
17	CONSTANCIA DE ATENCION MEDICA	30.00
18	CONSTANCIA DE TRABAJO	20.00
19	CONSTANCIA DE INTERNADO	50.00
20	COPIA AUTENTICADA DE CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	20.00
21	COPIA AUTENTICADA DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	20.00
22	DERECHO DE CERTIFICADO DE CURSO	10.00



**RESOLUCION DIRECTORAL N° -2015-
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/HRVFCH-DE**



Chachapoyas, 25 de Junio del 2015

23	FOTOCOPIA DE HISTORIA CLÍNICA (POR FOTOCOPIA)	0.10
24	INFORME ESTADÍSTICO	10.00
25	INFORME MÉDICO (PERSONAS NATURALES)	60.00
26	PRÁCTICAS INICIALES - ESTUDIANTES	50.00
27	PRÁCTICAS INTERMEDIAS - ESTUDIANTES	50.00
28	PRÁCTICAS FINALES - ESTUDIANTES	50.00
29	EXPEDICIÓN DE CONSTANCIA DE PRÁCTICAS	100.00
30	RETIRO DE PLACAS RADIOGRÁFICAS	10.00
31	DOCUMENTOS FEDATEADOS X HOJA	0.20
32	VENTA DE BASES PARA CONCURSO DE MERITOS	10.00
33	VENTA DE BASES PARA LICITACION	10.00
34	VISACIÓN DE CERTIFICADO EXPEDIDO POR EL HOSPITAL	50.00
35	VISACIÓN DE CERTIFICADO EXPEDIDO POR MEDICO PARTICULAR	70.00

ARTÍCULO SEGUNDO: DEJAR SIN EFECTO todo acto administrativo que se oponga a la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO: NOTIFICAR el presente acto resolutivo a los Órganos Internos de ésta Unidad Ejecutora, para los fines de ley.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

GJSO/DEHRVFCH
LKYEA/ST

DISTRIBUCIÓN:
DA
OPP
UE
US
ALE
CAJA PRINCIPAL
CAJA EMERGENCIA
ARCHIVO